Christel Veit

Kinder psychotischer Eltern in kinderpsychiatrischem Krankengut

1970

Aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie
Leiter: Prof. Dr. R. Lempp

der Nervenklinik der Universität Tübingen
Direktor: Professor Dr. Dr. W. Schulte

Kinder psychotischer Eltern in kinderpsychiatrischem Krankengut

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Medizin
dem Fachbereich Klinische Medizin der
Eberhard-Karls-Universität
zu Tübingen

vorgelegt von
Christel Veit
aus Kleve

1970

Dekan : Prof. Dr. J. Hirschmann
Erster Berichterstatter : Prof. Dr. R. Lempp
Zweiter Berichterstatter : Prof. Dr. Dr. W. Schulte

I N H A L T S V E R Z E I C H N I S

	Seite
E I N L E I T U N G	1
E I G E N E U N T E R S U C H U N G E N	6
UNTERSUCHUNGSGANG, AUSWAHL DER PATIENTEN	6
UNTERSUCHUNG DER AUSGEWÄHLTEN PATIENTEN	
A KRANKHEIT DER ELTERN	12
B VERHALTEN DES GESUNDEN PARTNERS	14
C DIE SYMPTOME DER KINDER	16
D DIE SYMPTOME DER KINDER - GEORDNET NACH VERSCHIEDENEN ASPEKTEN	23
E DARSTELLUNG VON ZWEI EINZELFÄLLEN	29
D I S K U S S I O N	39
Z U S A M M E N F A S S U N G	42
L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S	44

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

E I N L E I T U N G

Die körperliche und seelische Entwicklung eines Kindes wird durch zwei Faktoren gekennzeichnet. Das Kind bringt eine bestimmte Anlage mit, die während seiner Entwicklung zur erwachsenen Persönlichkeit durch das umgebende Milieu geformt und realisiert wird. Aus dieser Wechselbeziehung Anlage - Umweltfaktoren entsteht die spätere Persönlichkeit, das selbständige Ich eines jeden Menschen.

Diese Arbeit geht im Besonderen auf spezielle Umweltfaktoren, mit denen das Kind von Geburt an konfontriert wird, ein. Es soll der Einfluß des familiären Milieus, geprägt durch psychotisch erkrankte Eltern, auf die Entwicklung der Kinder untersucht werden. In der Literatur wurden bezüglich der Vererbung von Geisteskrankheiten bereits verschiedene Prognosen gestellt. Daß die Vererbung und familiäre Belastung bei der Entwicklung von Psychosen, vor allem von Schizophrenien eine gewisse Bedeutung beigemessen werden muß, ist von allen Autoren bisher bejaht worden. Bezüglich der Erkrankungswahrscheinlichkeit werden jedoch verschiedene Prozentzahlen genannt. Nach ELSÄSSER ist sie für die Schizophrenie mit 39,4 % bei Kindern von Schizophrenen angegeben worden. BLEULER nimmt nur eine Wahrscheinlichkeit von 16 % an.
In dieser Arbeit soll jedoch dieser Frage weniger Bedeutung zugemessen werden, denn bezüglich der Weiterentwicklung der Störungen der untersuchten Kinder können nur spätere katamnestische Untersuchungen Aufschluß geben.
In dieser Arbeit wird dagegen mehr Wert auf das innerfamiliäre Milieu, in dem die Kinder Tag für Tag leben,

gelegt und auf die daraus resultierenden Störungen, mit denen die Kinder in kinderpsychiatrische Betreuung kamen.

In den letzten Jahren war dieses pathologische Milieu schon mehrfach Gegenstand von Untersuchungen. LIDZ stellte fest, daß in solchen Familien deutlich abartige Denkweisen, gestörte Kommunikationen sich manifestierten. Gerade das Verankern rationaler Prozesse wurde bei den Kindern schwer beeinträchtigt.

WYNNE konnte feststellen, daß bereits in Familien mit Kindern, bei denen sich bei einem später eine Schizophrenie entwickelt hatte, schon gestörte Denkprozesse und seltsame zwischenmenschliche Kontaktweisen vorhanden waren, die einen entscheidenden Einfluß auf die Genese der Schizophrenie hatten. Oft überwog auch das allgemein gestörte, verwahrloste, ja chaotische Familienmilieu, besonders, wenn die kranke Mutter ihrer Aufgaben nicht mehr gewachsen war. Das Milieu bei depressiv veranlagten Patienten ist in dieser Weise noch nicht so speziell untersucht worden. Jedoch geben mehrere Arbeiten über Kinder aus diesen Verhältnissen (vor allem BESKOW) Aufschluß darüber, daß auch diese Kinder erheblichen Schaden erlitten und speziell betreut werden mußten.

Die Vermutung liegt nahe, daß ein Milieu, das durch ein Elternteil geprägt wird, das in den normalen Kommunikationsformen und Denkprozessen gestört ist, auf die Entwicklung der Kinder ungünstigen Einfluß nehmen könnte. Hierzu wurden bereits verschiedene Untersuchungen veröffentlicht. CORBOZ untersuchte 1957 166 Kinder und Enkel von Schizophrenen und wies auf die Häufigkeit der Störungen bei Kindern schizophrener Mütter hin. Die Kinder erkrankten reaktiv als Auseinandersetzung mit der elterlichen Psychose, wobei vor allem die Angst dieser Kinder im Vordergrund stand. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch MEINERTZ in einem Bericht über 3 Kinder

paranoider Eltern. ZURING untersuchte in Holland 304 solcher Familien. Er berichtet über die ungünstigen Einflüsse des abwesenden wie auch anwesenden Partners, die zu schweren Störungen in der Familie führten, sowie die ungünstigen Einflüsse des kranken Erziehers auf die Kinder.
SUNIER und MEIJERS untersuchten 10 Familien mit einem Schizophrenen und einem nicht auffälligen Partner. Sie stellten fest, daß solche Kinder verhältnismäßig unauffällig waren, wenn der eine Ehepartner ausgleichend wirkte. COWIE untersuchte in England die Nachkommen Geisteskranker und verglich deren neurotische Störungen mit einer entsprechenden Anzahl aus gesunden Familien. Sie fand keinen erheblichen Unterschied der Störungen zwischen diesen beiden Gruppen.

BROCK untersuchte ebenfalls 300 Kinder nervenkranker Mütter, verglich sie mit der Normalbevölkerung und fand keinen erheblichen Unterschied bezüglich der Verhaltensstörungen.

BIERMANN untersuchte systematisch in einer grundlegenden Arbeit zum Problem des schädlichen Einflusses auf die im schizophrenen Familienmilieu lebenden Kinder 100 Familien, in denen mindestens ein Elternteil schizophren erkrankt war. Er untersuchte eingehend das Familienmilieu der Patienten und die Symptomatik der Kinder. Er fand bei insgesamt 66% der Kinder Verhaltensstörungen. Wie auch SUNIER und MEIJERS kam zu zu dem Ergebnis, daß die Störungen wesentlich größer waren, wenn die ausgleichende Funktion des gesunden Elternteils gestört war. Ebenfalls hing die Schwere der Verhaltensstörung von dem Schweregrad der elterlichen Erkrankung ab.

In seiner Untersuchung über die Symptomatik der Kinder stellte er folgende charakteristischen Merkmale für die Reaktion auf das schizophrene Familienmilieu heraus: 1. Frühsymptome (darunter fallen nach HOMBURGER: stille, scheue; reizbare, nervöse; träge, unstete; lenksame, gewissenhafte Kinder), 2. Ängste und psychomotorische Unruhe, 3. psychosomatische Reaktionen und 4. Fortlaufen. Die Entwicklung einer echten Kinderschizophrenie konnte er nicht beobachten.

Schwierig ist es jedoch, den Begriff der Kinderschizophrenie zu fassen. In der europäischen Literatur wird er sehr eng gefaßt (LUTZ nennt eine Häufigkeit von 1% aller Schizophrenien), während er in der amerikanischen Literatur wesentlich weiter gefaßt wird. Wieweit jedoch sich aus all diesen Störungen, die BIERMANN in seiner Arbeit angab und die auch in der vorliegenden Arbeit gefunden wurden, um Vorboten einer späteren Schizophrenie handelt, können immer erst zukünftige Untersuchungen ergeben. Sicherlich ist der Prozentsatz ziemlich gering.

Die vorliegende Arbeit soll ebenfalls einen Beitrag zu diesen Problemen liefern. Außer Kindern aus schizophrenem Familienmilieu wurden auch solche erfaßt, deren Eltern an Depressionen erkrankt waren.

Es geht jedoch nicht darum, Prognosen über den Auftritt einer späteren Schizophrenie oder Geisteskrankheit zu stellen, sondern anhand der Symptome, Anamnese, den Untersuchungsbefunden (vor allem auch testpsychologisch) eine Aussage zu treffen über die spezifische Situation der Kinder, die in einem solchen gestörten Milieu aufwachsen.

Daneben soll die Arbeit untersuchen, ob Unterschiede bestehen zwischen Kindern aus Familien mit schizophrenem oder depressivem Elternteil. Summarisch hat schon BESKOW

auf den gleichen Schweregrad der Störungen dieser Kinder aus beiden Familienarten hingewiesen. Einen Vergleich der Symptomatik dieser Kinder, ob und wie sie sich unterscheiden, ma cht er jedoch nicht.

E I G E N E U N T E R S U C H U N G E N

UNTERSUCHUNGSGANG, AUSWAHL DER PATIENTEN

Die Arbeit beruht auf einer Erfassung und Auswertung von 52 Krankengeschichten aus der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie der Universitäts-Nervenklinik Tübingen aus den Jahren 1959 - 1969. In dem Heim werden Kinder von etwa 3 - 16 Jahren stationär aufgenommen zur Diagnostik und Behandlung neurologischer und psychiatrischer Erkrankungen. Angeschlossen ist eine Erziehungsberatungsstelle, in der Kinder ambulant neurologisch, psychiatrisch und testpsychologisch untersucht werden und die Eltern entsprechend beraten werden.

Ausgewählt wurden Krankengeschichten von solchen Kindern, deren Anamnese ergab, daß ein Elternteil entweder an Schizophrenie oder Depressionen litt. Von den 52 Kindern waren 32 Jungen und 20 Mädchen. Über die Erkrankung der Eltern gibt folgende Tabelle Aufschluß:

Mutter Schizophren	18 K.	34 K. (67%)
Mutter Depressiv	16 K.	
Vater Schizophren	9 K.	14 K. (27%)
Vater Depressiv	5 K.	
beide Eltern krank	4 K.	(7%)

Die Arbeit verfolgt hauptsächlich die Entwicklung von solchen Kindern, die längere Zeit mit dem psychisch erkrankten Elternteil gelebt haben. Es soll dabei versucht werden, zu klären, ob eventuell ein Zusammenhang besteht zwischen der Krankheit des Vaters oder der Mutter und den psychischen Auffälligkeiten der Kinder.

Die zur Verfügung stehenden Krankengeschichten wurden deshalb noch einmal aussortiert und - gemäß den familiären Gegebenheiten - in vier verschiedene Gruppen aufgeteilt.

Der Gang der Auswahl soll ausführlich dargestellt werden, um auch einen groben Überblick über das Schicksal derjenigen zu geben, die nicht mehr in der weiteren Untersuchung berücksichtigt werden sollen.

Die familiären Verhältnisse waren folgendermaßen:

1. Normalfamilie: beide Eltern leben mit den Kindern zusammen: 27 Kinder.
   Unter diesen Kindern befanden sich sieben Kinder, bei denen der Verdacht auf einen frühkindlichen Hirnschaden bestand. Man kann annehmen, daß sie vorwiegend deshalb ihre Symptomatik entwickelten.

2. Ein Elternteil verstorben: 6 Kinder.
   a. Bei 2 Kindern verstarb der gesunde Vater, die Kinder blieben bei der kranken Mutter.

   b. Bei 2 Kindern verstarb der kranke, depressive Vater an Suizid, als die Kinder 5 Jahre als waren. Die Kinder blieben bei der gesunden Mutter.

      Der Einweisungsgrund und die Symptome der beiden Kinder (Angstzustände, Enuresis nocturna). ließen sich aus den verbliebenen häuslichen Schwierigkeiten klären.

   c. Im 5. Fall verstarb die depressive Mutter an Suizid, als das Kind 6 Jahre alt war. Der Vater heiratete erneut, die Schwierigkeiten bei diesem Kind erklärten sich vorwiegend aus der 2. Ehe des Vaters und den damit verbundenen Schwierigkeiten in der Beziehung zur Stiefmutter.

d. Im 6. Fall verstarb die schizophrene Mutter an ihrer Krankheit, als das Kind 6 Jahre alt war. Der Vater war Epileptiker und Anstaltspatient. Das Kind war ebenfalls epileptisch, wuchs in Heimen auf, woraus sich wiederum die psychischen Auffälligkeiten erklären lassen.

3. Trennung bzw. Scheidung der Eltern.

Hierunter fielen 14 Kinder. Über die Gründe der Scheidung und den Verbleib der Kinder gibt folgende Tabelle Auskunft:

		unbek. Gründe	wegen Krankh.	Verbl. bei Mutter	Verbl. beim Vater	Heim
a	Mutter Schizophren 6	2	4	2	1 (Stiefm.)	3
b	Mutter Depressiv 2	2	-	2	-	-
c	Vater Schizophren 5	1	4	4	1	-
d	Vater Depressiv 1	-	1	1		

Die Kinder, deren Eltern sich wegen der Schizophrenie der Mutter trennten (4), wurden auch nicht bei der Mutter untergebracht (drei im Heim, eins beim gesunden Vater, der erneut eine Ehe schloß).

Die Trennung und anderweitige Unterbringung erfolgte in allen Fällen kurz nach der Geburt des Kindes.

Die Symptomatik der drei Heimkinder ergab sich aus den Schwierigkeiten des Heimlebens. Der Junge, der bei seinem Vater und der Stiefmutter aufwuchs, hatte

große Anpassungsschwierigkeiten. Er war nach der Scheidung der Eltern zunächst bei der Großmutter untergebracht, wo er sich wohl fühlte, wurde dann in die zweite Ehe seines Vaters geholt, wo sich gleich eine ausgesprochene Ablehnung der Stiefmutter entwickelte, die sich organisch in Form einer Enuresis nocturna niederschlug.
Die Kinder der beiden Eltern, die sich aus anderweitigen Gründen trennten, verblieben bei der schizophrenen Mutter.

b Anders sind die Fälle bei Gruppe b. Beide Mütter waren depressiv, die Väter in einem Fall depressiv, im anderen Fall schizophren. Bei beiden Kindern erfolgte die Trennung so früh, daß sie ihren Vater kaum kannten. Sie wuchsen ganz bei der erkrankten Mutter auf.

c In der Gruppe c erfolgte die Trennung in vier Fällen auf Grund der Krankheit des Vaters. In einem Fall lebte das Kind zusammen mit der Mutter im Haushalt der Großmutter, die großen Einfluß auf das Kind hat. Die Symptomatik des Kindes ließ sich vorwiegend auf das Verhältnis zur Großmutter zurückführen (starke Angstbereitschaft, gekoppelt mit Aggressivität), was sich vor allem testpsychologisch erklären ließ.
Die anderen drei Kinder hatten trotz der Trennung und Unterbringung bei der gesunden Mutter längere Zeit mit ihrem kranken Vater zusammengelebt und hatten weiterhin regelmäßigen Kontakt mit ihm.
Im 5. Fall erfolgte die Scheidung vor der Erkrankung des Vaters, der Junge lebte weiterhin mit dem Vater zusammen und war seinen Verwirrungszuständen ganz ausgesetzt.

d In dieser Gruppe gibt es nur einen Vertreter, die Trennung erfolgte, als der Junge 13 Jahre alt war, seither entwickelte sich die Symptomatik.

4. Uneheliche Kinder.

Von den fünf unehelichen Kindern wurden drei kurz nach der Geburt in ein Heim gegeben. Ihre Symptomatik läßt sich eher aus den Anpassungsschwierigkeiten des Heimlebens erklären. Ein Kind wurde mit acht Wochen zu Pflegeeltern gebracht, bei der Untersuchung bestand erheblicher Verdacht einer frühkindlichen Hirnschädigung, aus der sich dessen Symptome weithin erklären lißen.

Ein einziges uneheliches Kind wohnte ständig bei der Mutter. Es war das 7. Kind, die letzten drei waren unehelich. Die häuslichen Verhältnisse waren ungeordnet, fast chaotisch.

Aus diesen Ausführungen geht hervor, daß viele dieser Kinder längere Zeit schon keine Verbindung mehr zu ihrem kranken Elternteil hatten. Auch ihre Störungen, mit denen sie zur Behandlung kamen, waren anderweitig zu erklären. Es mögen zwar, wie BIERMANN zu bedenken gibt, irrationale Beziehungen zu den erkrankten Elternteilen bestehen bleiben, die ebenfalls Einfluß auf ihre Fehlentwicklung hatten, jedoch werden sie durch andere Störungen wie durch Heimunterbringung mit deren Schwierigkeiten (9 Kinder), Anpassungsschwierigkeiten bei Stiefmutter oder -vater (2 Kinder), Unterbringung bei Großeltern (1 Kind) überlagert. Auch die Kinder mit frühkindlicher Hirnschädigung, bei denen die Symptomatik im wesentlichen darauf zurückgeführt wird, werden aus der Betrachtung herausgenommen (7 Fälle).

Übrig bleiben also noch folgende vier Gruppen von Kindern:

1. Kinder aus einer Normalfamilie, bei der ein oder auch beide Partner psychotisch sind.

2. Kinder aus Familien, bei denen der gesunde Partner verstarb und die Kinder beim kranken Partner allein aufwuchsen.

3. Kinder, deren Eltern geschieden sind, die Kinder entweder beim kranken Partner blieben bzw. durch Besuche weiterhin mit dem kranken Partner in Verbindung blieben.

4. Uneheliche Kinder, die bei ihrer erkrankten Mutter aufwuchsen.

UNTERSUCHUNG DER AUSGEWÄHLTEN PATIENTEN

Von den 52 Kindern wurden entsprechend den vorherigen Ausführungen 20 Kinder ausgeschieden, es verblieben 32 Kinder, 19 Jungen und 13 Mädchen, die ambulant oder stationär untersucht wurden.

Die elterliche Krankheitsart teilt sich folgendermaßen auf:

Mutter Schizophren	10 Kinder
Mutter Depressiv	10 "
Vater Schizophren	7 "
Vater Depressiv	2 "
Beide Depressiv	2 "
Mutter Depressiv Vater Schizophren	1 "

Bei den folgenden Zählungen werden die drei Kinder, deren Eltern beide erkrankt waren, zur Krankheit der Mutter gezählt. Nach den Angaben erschien diese die schwerer erkrankte, auch entspricht dies den bisherigen Vorstellungen, daß die Störung bei gestörtem Mutter-Kind-Verhältnis meist größer ist.

A Krankheit der Eltern

1. Schizophrene Mutter (10 Fälle)

In vier Fällen trat die Krankheit der Mutter im Zusammenhang mit Schwangerschaft bzw. Geburt zum ersten Mal auf. Seitdem entwickelten sich in allen vier Fällen mehrere neue Schübe, in zwei Fällen wiederum im Zusammenhang mit Geburten. Alle 4 Mütter machten bei der Vorstellung der Kinder den Eindruck einer defekt geheilten Persönlichkeit, die etwas ratlos den Schwierigkeiten ihrer Kinder gegenüber standen. BIERMANN weist ebenfalls auf die besondere hormonelle und psychische Situation hin, in der während der Schwangerschaft die schizophren gefährdete Mutter steht, so daß es zum Auftreten oder Aufflammen einer Schizophrenie kommt. In seinen Untersuchungen erkrankten 41% der Mütter in dieser Zeit an Schizophrenie.

In zwei weiteren Fällen erkrankte die Mutter erstmals, als das Kind 1/2 Jahr alt war. Im ersten Fall war das Kind bei der Untersuchung erst drei Jahre alt und zeigte Zeichen eines frühkindlichen Autismus, im 2. Fall traten im Laufe der Zeit 11 neue Schübe mit immer schwerwiegenderer Defektheilung auf, der Junge war jetzt 17 Jahre und zeigte deutliche Zeichen der Reaktion auf ein gestörtes Familienmileu.

Bei den verbliebenen 4 Fällen war über das Auftreten der Schübe nichts genaueres bekannt. Lediglich war auch bei diesen Müttern klar, daß ein deutlicher Defekt bestand mit resultierender spürbarer Störung des Familienmilieus.

2. Depressive Mutter (13 Fälle)

Über den Krankheitsverlauf der Mütter mit Depressionen ließ sich aus den Angaben nichts genaues über Auftreten, Ursache und Anzahl der Phasen sagen. Ob es sich dabei um Krankheiten aus dem endogenen oder reaktiven Formenkreis handelte, war ebenfalls nicht genau zu eruieren. Bei allen betroffenen Kindern wird von einer seit mehreren Jahren (zwischen drei und acht Jahren) bestehenden depressiven Stimmungslage der Mutter gesprochen, in den meisten Fällen waren mehrere Krankenhausaufenthalte erforderlich. Das Verhältnis der Mütter zu den Kindern ist ablehnend bis resignierend, die Mütter vermögen ihnen keinen Halt und keine Geborgenheit zu geben, in drei Fällen ist sogar die rein körperliche Versorgung der Kinder unzureichend. Die Mütter fühlen sich überlastet, den Anforderungen des Haushalts durch ihre Krankheit nicht gewachsen.

3. Schizophrener Vater (7Fälle)

In drei Fällen litten die Väter unter Defektheilung nach mehreren Schüben, sie lebten - ziemlich verwahrlost und ohne ständige Arbeit - getrennt von der Familie. Sie tauchen jedoch in regelmäßigen Abständen zu kurzen Besuchen auf. In einem Fall war der Vater wegen seiner defekt geheilten Krankheit invalidisiert und lebte zuhause.
In zwei Fällen handelte es sich um einen einzigen Schizophrenieschub, den die beiden Väter durchmachten, und zwar als die Kinder 4 bzw. 5 Jahre alt waren. Die Heilung erfolgte angeblich vollständig.

Im letzten Fall litt der Vater unter manifester Schizophrenie, in deren Wahnideen er seinen Sohn mit einzubeziehen versuchte.

4. Depressiver Vater (2 Fälle)

In diesen Fällen handelte es sich um endogene Depressionen. Über Phasen und Verlauf war nichts bekannt. Es muß sich jedoch um starke Einschnitte in das Familienleben gehandelt haben, denn beide Mütter waren sehr besorgt um den seelischen Schaden, den die Kinder durch das Auftreten und Miterleben der Krankheit erlitten haben könnten.

B Verhalten des gesunden Partners

Eine wesentliche Rolle spielt die Persönlichkeit des gesunden Partners als Ausgleich für den erkrankten Elternteil. SUNIER und MEIJERS wiesen darauf hin, daß Kinder mit ausgleichendem Elternteil seltener Verhaltensstörungen aufwiesen. BIERMANN fand ebenfalls in den Familien mehr verhaltensgestörte Kinder, in denen der andere Elternteil den Kranken wegen seiner Abnormität ablehnte oder er selbst sogar neurotisch war. Im Zusammenhang damit wies er auf den Wert psychohygienischer Maßnahmen bei der Rückführung des Gesundeten in das Familienleben hin. In der vorliegenden Untersuchung stellten sich krasse, bestätigende Tatsachen heraus. Bei Erkrankung der Mutter war in keinem Fall das Verhältnis des Kindes zum Vater befriedigend. In 10 der 23 Fälle war der Vater durch berufliche Anforderungen, Desinteresse oder eigener Krankheit nicht imstande, Einfluß auf das Kind zu

nehmen und einen guten Kontakt zu ihm herzustellen.

In einem Fall war der Vater gezwungen, das Kind aus dem häuslichen Milieu herauszunehmen, da er gegen die Unordnung und drohende Verwahrlosung keinen anderen Ausweg mehr sah.

In drei Fällen war der Vater ebenfalls psychotisch, in den verbliebenen Fällen war er kränklich.

Bei der Erkrankung des Vaters ergab sich folgendes Bild:
In zwei Fällen war die Mutter überängstlich aus Furcht vor einer Vererbung der Krankheit auf das Kind, in einem Fall war die Mutter debil und distanzlos. In den vier Fällen, wo sich die Eltern wegen der Krankheit getrennt hatten, trat die ambivalente Einstellung der geschiedenen Mutter zum Vater stark in das Verhältnis zum Kind ein. Außerdem war die Mutter in drei Fällen selbst berufstätig und fühlte sich mit Beruf und Haushalt überfordert. Sie konnte sich auch nach eigenen Angaben trotz guten Willens nicht genug dem Kinde widmen.

Im letzten Fall war die Mutter selbst leidend.

Aus diesen Ergebnissen ergibt sich wohl ausschließlich in allen Fällen eine Störung des normalen inneren Gefüges innerhalb der familiären Atmosphäre, die primär durch die psychische Erkrankung des einen Elternteils gesetzt wurde. Ein Ausgleich als wichtige Voraussetzung durch den gesunden Partner war hier nicht gegeben, weder in Familien mit schizophrenem noch mit depressivem Kranken. Hinzu kommen natürlich noch komplizierende Faktoren wie z. B. der Charakter des Kindes, die Stellung in der Geschwisterreihe, das Alter des Kindes, das Kontaktalter

mit der elterlichen Erkrankung und die Erkrankung des Kindes selbst, also ein ganz komplexes Geschehen, das zu den entsprechenden Verhaltensstörungen führt.

C Die Symptome der Kinder

Die einzelnen Kinder wurden nun auf ihre Symptomatik untersucht, die verschiedenen Verhaltensauffälligkeiten nach besonderen Gesichtspunkten geordnet und miteinander verglichen. Dabei ist es wegen der kleinen Anzahl des zur Verfügung stehenden Krankenguts unmöglich, das Bild der Vollständigkeit und absoluten Richtigkeit zu geben. Es lassen sich jedoch einige bemerkenswerte Tendenzen erkennen.

Tabelle 1

Hauptsymptome der kindlichen Störungen

Ängste	11
Aggressionen	8
Regressionen	6
Retardierung	3
Nervosität	6
Enuresis	10
Psychosomatische Reaktionen	8
Fortlaufen	5
Depressionen	4
Autismus	2
Anpassungs- und Kontaktschwierigkeiten	11
Kriminell	2

Tabelle 2

Familiäre Situation

Normalfamilie	20
Ein Elternteil tot	2
Eltern getrennt lebend	9
Unehelich	1

1. Angstzustände

Ein Drittel der Patienten leidet unter Angstsymptomen. Es ist ein unspezifisches Symptom einer Störung der Beziehung Umwelt - Person. Diese tritt umso mehr zutage, als die Geborgenheit eines häuslich familiären Milieus fehlt, vor allem aber in einer Störung der Mutter-Kind-Beziehung (LEMPP, LUTZ, BIERMANN). Entgegen der Erwartung, daß bei den unter Angst leidenden Kindern ein hoher Prozentsatz erkrankter Mütter sich herausstellt, ist die Verteilung in der vorliegenden Untersuchung bezüglich dem erkrankten Elternteil etwa gleich. Ob sich diese Angst aus den Grobheiten des kranken Vaters oder der gestörten Beziehung zur Mutter entwickelt hat, die ja ebenfalls durch die Krankheit ihres Mannes verstört und verunsichert wird, mag dahingestellt sein. Es handelt sich sicher um ein komplexes Geschehen, bei dem die Störung der häuslichen Ordnung und Geborgenheit die größere Rolle spielt.

2. Aggressionen

Angst, gekoppelt mit Unsicherheit spielten bei den vorliegenden aggressiven Kindern eine große Rolle. Das noch ungefertigte Kind versucht dagegen anzugehen, die sich auflehnenden Kräfte werden noch keiner Kontrolle unterworfen und kommen als Tätlichkeiten meist gegen Unschuldige und Wehrlose ans Licht. Das Vorkommen der Aggressionen in den niederen Altersstufen scheint auch nach der vergleichenden Tabelle häufiger zu sein.

Es ist das Baby, die kleinere Schwester oder auch das Kind selbst, gegen die sich die Aggressionen richten, nicht aber die Mutter oder der Vater, zu

dem das persönliche Verhältnis eigentlich gestört war, wie sich aus den testpsychologischen Untersuchungen herausstellte. Es ist somit ein fehlgesteuertes Abreagieren von gestauten Erlebnissen, die nicht mehr verarbeitet wurden.

3. Unruhe und Nervosität

Bei den sechs Kindern, die unter auffallender Unruhe und Nervosität litten, fiel besonders die Überängstlichkeit und Unruhe der Mutter auf, die mit der Erziehung ihrer Kinder nicht fertig wurde. In den drei Fällen des Auftretens dieser Symptomatik bei Erkrankung des Vaters war die Mutter übermäßig besorgt, ihr Kind habe seine Krankheit geerbt und wertete die Unruhe schon als Vorboten der späteren Krankheit. In den anderen drei Fällen war die Mutter depressiv. Ihre Grundstimmung war resigniert, aus der Haltung zum Kind ließ sich entnehmen, sowieso nicht mit dem Kinde fertig zu werden, das vielleicht von Natur aus nervös war und dem sie keinen Widerpart entgegenhalten konnte.

Ein besonderer Unterschied der Patienten zwischen Land- und Stadtbevölkerung bezüglich der durch starke Reizeinwirkung auftretende Nervosität, wie sie HARNACK feststellte, konnte aus Mangel an Angaben nicht festgestellt werden.

4. Psychosomatische Störungen

Speziell handelte es sich um folgende Störungen im einzelnen:

Erbrechen	3 Fälle
vegetative Dystonie	3 "
Asthma	1 "
Schluckstörung	1 "

Wie es zu den jeweiligen Störungen kam, war amamnestisch nicht zu erfahren. Inwieweit es eine Reaktion auf die Erkrankung des Elternteils allgemein oder eine Erkrankung im Sinne der Symptomtradition, wie es BIERMANN in seiner Untersuchung mehrfach feststellte, war nicht zu klären. Das Verhältnis zum erkrankten Elternteil war jedoch in allen acht Fällen gestört, was die testpsychologischen Untersuchungen ergaben. Alle acht wurden eine Zeit lang stationär behandelt, wo die Symptomatik teils schlagartig, teils jedoch allmählich nur verschwand, so daß es sich sicherlich um reaktive Störungen auf das elterliche Milieu handelte.

Ein bemerkenswerter Unterschied beim Vergleich der einzelnen Tabellen ergab sich nicht. Die bloße Anzahl der an dieser Erkrankungsart leidenden Patienten (8 von 32) ist jedoch erheblich.

5. Fortlaufen

Fortlaufen wurde in fünf Fällen beobachtet. Es war teils ein zielloses Herumstreunen der jüngeren Kinder, bei den älteren ein Umherziehen zu mehreren, verbunden mit Wirtshausbesuchen und Alkohol abusus.

Wie auch BIERMANN beobachtete, war es ein Entzug aus dem von der schizophrenen Mutter geprägten Milieu. Nur in einem Fall war der Kranke der Vater, dieser war jedoch depressiv. Altersmäßig fanden sich nur die älteren Kinder ab 9 Jahre.

6. Regressionen

Regressiven Tendenzen, das heißt eine unbewußte Rückkehr in ein früheres Stadium der kindlichen Entwicklung, liegt meist ein Fehlen der liebevollen mütterlichen Zuwendung zugrunde. Das Kind sucht die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken.

Diese Tendenz fand sich in dieser Untersuchung den Erwartungen entsprechend nur bei Kindern, deren Mütter erkrankt waren, ob an Schizophrenie oder Depression, war gleich. In fünf Fällen war eine starke Ablehnung des Kindes von Seiten der Mutter schon während der Schwangerschaft vorhanden, so daß man annehmen kann, daß dem Kinde entsprechende Liebe nicht zugute kam. Bezüglich des Alters war die Gruppe der 9-12-jährigen, die Phase der Vorpubertät, am häufigsten betroffen. Auch fand sich eine verhältnismäßig starke Häufung bei Kindern mit mehreren Geschwistern, besonders bei den jüngeren. Hier spielt auch eine Geschwisterrivalität eine Rolle, wobei sich die Kinder von der Mutter vernachlässigt fühlten, die ihre Liebe nicht gleichmäßig verteilte, sondern eins oder mehrere andere Geschwister bevorzugte und verwöhnte.

7. Enuresis

Die Enuresis gehört in engerem Sinn zu den Psychosomatischen Störungen. Da bei diesen Kindern fast ausschließlich auch regressive Tendenzen festgestellt wurden, wird diese Gruppe gesondert im Anschluß an das Symptom Regressionen betrachtet.

In acht Fällen handelte es sich um eine sekundäre Form der Enuresis. In vier Fällen fiel das Wiederauftreten der Enuresis mit der Ge-

burt eines weiteren Kindes zusammen, zu dem sich eine starke Rivalität außerdem entwickelte. Oft konnte man gerade in solchen Fällen beobachten, daß die Mutter das Kind nicht genügend auf das Baby vorbereitete und ihm zu verstehen gab, daß es nicht mehr einer so großen Zuwendung bedarf, wie das jüngere Kind. Wieweit dieses Unvermögen mit der mütterlichen Krankheit zusammenhängt - in diesen Fällen war die Mutter depresiv - ist nicht genau abzuklären. Es läßt sich aber vermuten, daß die psychisch erkrankte Mutter mehr Schwierigkeiten haben wird.

Innerhalb der Altersverteilung fiel die große Zahl der Kinder zwischen 9 und 12 Jahren auf. Es mag ein Hindernis für die Hartnäckigkeit der Krankheit sein, denn dann kommen die Meisten erst in längere klinisch-stationäre Behandlung.

Während des stationären Aufenthaltes kam es in acht der zehn Fälle zu einem völligen Verschwinden des Einnässens. Allerdings wurde die Prognose in keinem Fall günstig gestellt, es sei denn durch eine radikale Milieuänderung, die auch drei Eltern dieser Kinder angeraten wurde, da in diesen Fällen zuhause fast chaotische Zustände herrschten und die Eltern nicht bereit waren, diese zu ändern.

8. Depressionen

Es handelte sich bei den drei Fällen um reaktive Depressionszustände. Es waren nur ältere Kinder, und zwar waren die Eltern ausschließlich depressiv.

9. Autismus

Diese beiden Kinder mit Zeichen eines frühkindli-

chen Autismus hatten schizophrene Mütter. Eine hatte während der Schwangerschaft ihren ersten Schub, die andere erkrankte, als das Kind 1/2 Jahr alt war. Beide wurden im ersten Lebensjahr extrem isoliert, mit ihnen wurde kaum ein Wort gesprochen. Beide sprachen zur Zeit der Untersuchung kein artikuliertes Wort und wiesen Zeichen extremer Kontaktstörung auf. Die Mütter (beide defekt von ihrer Schizophrenie geheilt) hatten zwar Verständnis für ihr Kind, wirkten jedoch gefühlsverarmt und kontaktschwach. Sie waren nicht fähig, erzieherisch auf die Krankheit der Kinder einen günstigen Einfluß zu nehmen. Beide waren Einzelkinder, in einem Fall verschlimmerten eheliche Streitigkeiten das häusliche Milieu, so daß es sogar zu einer Trennung der Eltern kam.

Es ist in Erwägung zu ziehen, ob zu der massiven Störung der Mutter-Kind-Beziehung, die vor allem im 1. Lebensjahr vorhanden war, noch eine erbliche Veranlagung zur Schizophrenie hinzukommt. BENDER und ASPERGER deuten ja autistische Verhaltensweisen bereits als eine Form der Kinderschizophrenie. Die beiden hier untersuchten Kinder waren jedoch zu jung (sie waren 4 Jahre zur Zeit der Untersuchung), um darüber sichere Aussagen machen zu können.

10. Anpassungs- und Kontaktschwierigkeiten

Diese Patienten haben Schwierigkeiten im normalen Verhalten. Die Einordnung in eine Gemeinschaft, sei es unter Geschwistern, in der Schule oder beim Erlernen eines Berufes fällt ihnen schwer. Sie finden dabei keinen Kontakt zur Umwelt, fühlen sich abseits, werden unsicher. Dieses Symptom fand sich

bei elf der Patienten, es waren vor allem die älteren, die aus diesem Grunde die jugendpsychiatrische Beratungsstelle aufsuchten. In 10 der 11 Fälle war die Mutter krank, 6 mal lag Schizophrenie, 4 mal Depression vor. Das Familienmilieu wurde allgemein als eng bezeichnet, die Mutter selbst war haltlos und unsicher, fand selbst nicht den altersentsprechenden Kontakt zu dem Kind, sondern behandelte es vielmehr wie ein Kind in niedereren Altersstufen. Auch gab es Fälle, wo sie es ganz dem eigenen Schicksal überließ.

Zum Ausdruck kamen diese Symptome als Auswirkung eines gestörten Mutter-Kind-Verhältnisses erst in den späteren Altersstufen. Bei den 9 - 12-jährigen fanden diese Schwierigkeiten sich in der Gemeinschaft der Geschwister und in der Schule, in späteren Altersstufen kam die Unsicherheit und der fehlende Kontakt im angehenden Berufsleben dazu. In zwei der Fälle gerieten die Kinder in kriminelle Bahnen. Sie begingen im Alter von 16 Jahren erhebliche Einbruchdiebstähle.

D Die Symptome der Kinder nach verschiedenen Aspekten geordnet

1. Symptome der kindlichen Störungen geordnet nach Krankheit des Vaters oder der Mutter.

Tabelle 3

	Vater krank	Mutter krank
Kinderzahl	9	23
Ängste	5	6
Aggressionen	2	6
Regressionen	-	6
Retardierung	-	3
Nervosität	3	3
Enuresis	2	7
Psychosom. Reaktion	3	5
Fortlaufen	1	4
Depressionen	1	3
Autismus	-	2
Anpassungsschw.	1	10
Kriminell	-	2

Kinder aus Familien mit erkrankter Mutter scheinen häufiger zu erkranken als bei Erkrankung des Vaters.
Auffallend ist, daß Regressionstendenzen und Anpassungsschwierigkeiten häufiger vorkommen bei Erkrankung der Mutter als bei Erkrankung des Vaters. Auf die Gründe wurde bei der Besprechung der kindlichen Störungen im einzelnen eingegangen.

2. Symptome der kindlichen Störungen geordnet nach Art der Erkrankung.

Tabelle 4

	Schizophrenie	Depression
Kinderzahl	17	15
Ängste	4	7
Aggressionen	5	3
Regressionen	3	3
Retardierung	1	2
Nervosität	2	4
Enuresis	3	7
Psychosom. Reakt.	4	4
Fortlaufen	4	1
Depressionen	-	3
Autismus	2	-
Anpassungsschw.	5	6
Kriminell	2	-

Der Vergleich der beiden Erkrankungsarten läßt sich gut durchführen, da beide Zahlenwerte für Schizophrenie und Depression etwa gleich sind. Wesentliche Unterschiede in der Symptomatik der Kinder ergeben sich nicht. Lediglich das ausschließliche Auftreten der Depressionen bei Kindern mit depressiven Eltern wie auch die hohe Zahl des Symptoms "Fortlaufen" bei Schizophrenen ist bemerkenswert. Das letztere mag eine Bestätigung BIERMANNS sein, der Fortlaufen als besonders charakteristische Reaktion auf das schizophrene Familienmilieu wertet.

3. Symptome der kindlichen Störung, geordnet nach dem Alter des Kindes.

Tabelle 5

	- 5 J.	6-7 J.	9-12 J.	später
Kinderzahl	6	7	10	9
Ängste	3	4	1	3
Aggressionen	4	2	1	1
Regressionen	1	1	4	-
Retardierung	3	-	-	1
Nervosität	-	2	1	3
Enuresis	-	2	7	1
Psychosom. Reakt.	-	3	3	2
Fortlaufen	-	-	2	3
Depressionen	-	-	-	3
Autismus	2	-	-	-
Anpassungsschw.	-	-	4	7
Kriminell	-	-	-	2
Vater krank	-	3	4	2
Mutter krank	6	4	6	7

Auf die altersmäßige Verteilung der kindlichen Symptome wurde schon früher eingegangen. Erwähnenswert ist jedoch noch, daß bei den Kindern, die unter fünf Jahren zur Untersuchung kamen, es sich nur um kranke Mütter handelte.

4. Symptome der kindlichen Störung, geordnet nach dem Kontaktalter mit der elterlichen Erkrankung.

Tabelle 6

	1.LJ.	2.-5. L.J.	6.-10.L.J
Kinderzahl	10	12	10
Ängste	2	5	4
Aggressionen	3	3	3
Regressionen	4	1	1
Retardierung	2	1	1
Nervosität	3	3	1
Enuresis	3	3	4
Psychosom.Reakt.	2	3	3
Fortlaufen	1	2	2
Depression	-	4	-
Autismus	2	-	-
Anpassungsschw.	1	5	5
Kriminell	-	1	1

Die Tabelle 6, die die Symptome nach der Kontaktzeit des Kindes mit der elterlichen Erkrankung ordnet, ergibt keine besonderen, erwähnenswerten Punkte.

5. Symptome der kindlichen Störung, geordnet nach der Stellung in der Geschwisterreihe.

Tabelle 7

	Einzelkinder Nachkömmlg.	1.Kind	spätere Kinder
Kinderzahl	9	6	17
Ängste	3	2	6
Aggressionen	2	1	4
Regressionen	1	1	4
Retardierung	1	1	1
Nervosität	2	2	2
Enuresis	2	3	5
Psychosom.Reakt.	2	3	3
Fortlaufen	2	2	1
Depression	1	-	2
Autismus	2	-	-
Anpassungsschw.	3	1	7
Kriminell	1	-	1
Geschwister-rivalität		3	5

Die Tabelle 7, die nach der Stellung in der Geschwisterreihe ordnet, zeigt, daß weitaus mehr Kinder aus Familien mit zwei und mehr Kindern zur Untersuchung gelangen. Dies widerspricht den Feststellungen BIERMANNS, der mehr Einzelkinder und Nachkömmlinge verhaltensgestört fand. Auch fand er unter diesen mehr Repressionstendenzen, während in dieser Untersuchung gerade unter vielen

Geschwistern diese Tendenz beobachtet wurde. Gerade im Zusammenhang mit Geschwisterrivalität und gestörter Mutter-Kind-Beziehung flüchteten sich hier die Kinder ins frühkindliche Stadium, um Aufmerksamkeit zu erlangen.

E Darstellung von zwei Einzelfällen

Bei den bisherigen Untersuchungen hat sich herausgestellt, daß sich in den Symptomen oft eine Störung des Kindes zum erkrankten Elternteil manifestiert. Meist ist diese Störung unbewußt vorhanden. Bei den gewöhnlichen Untersuchungen ließen sich darüber keine Angaben machen, erst durch testpsychologische Untersuchungen war es in vielen Fällen herauszuarbeiten.

Anhand von zwei Einzelfällen soll dies genauer gezeigt werden.

1. Fall 1: Ein 12-jähriges Mädchen mit depressiver Mutter.

Das 12-jährige Mädchen K. kommt wegen einer angeblich psychisch bedingten Enuresis nocturna in stationäre Behandlung. Sie ist das 2. von 6 Kindern, die Mutter erwartet gerade das 7. Kind.

Die Familienanamnese ergibt einen gewissen Grad erblicher Belastung mit Enuresis, die Großmutter und ein Onkel mütterlicherseits haben bis zu 14 Jahren eingenäßt.

Die Mutter leidet seit 5 Jahren an Depressionen, sie ist ständig in ärztlicher Behandlung. Zeitweise litt sie unter starken Angstzuständen. K., die

zur Zeit des Auftretens der mütterlichen Erkrankung 7 Jahre alt war, zeigte während dieser Phasen auch vermehrt abnorme Angstreaktionen.

K.'s Vater, ein Elektriker, ist beruflich stark belastet und ist selten zuhause. K.'s eigene Anamnese ergibt eine normal verlaufene Schwangerschaft und Geburt. Bis zu 5 Jahren war sie häufiger krank. Ihre psychomotorische Entwicklung verlief nach den Angaben der Mutter regelrecht. Nur sauber war sie noch nie. Sie näßt zuhause regelmäßig jede Nacht ein.

K.'s Auftreten wirkt sehr zurückhaltend, sie ist still und bedrückt. Sie spricht nur ganz leise und lächelt selten. Ihr Verhalten während des Aufenthaltes ist nicht auffallend, sondern ganz der Situation angepaßt. Jedoch ist sie nie aufgeschlossen oder fröhlich, findet wenig Kontakt zu den anderen Kindern und leidet auch etwas an Heimweh. Nur beim Spielen geht sie etwas mehr aus sich heraus, da ist sie etwas vergnügter und aufgelockerter. Das Einnässen besserte sich während des 2-monatigen Aufenthaltes, bis auf etwa einmal in der Woche blieb sie trocken.

Während der testpsychologischen Untersuchung ist K. ruhig, verschlossen und wortkarg. Sie spricht erst nach mehrmaliger Ermunterung. Sie erweckt den Eindruck, das Richtige zu wissen, doch aus Angst, etwas Falsches zu sagen, spricht sie lieber nicht. Der testpsychologische Untersuchungsbefund ergab näheren Aufschluß über K.'s Wesen und ihre Erlebniswelt. Beim Deuten des Test muß immer ihre besondere häusliche Situation berücksichtigt werden. Die Mutter ist seit 5 Jahren depressiv und war vermutlich nicht imstande, K. die nötige Zuwendung und Geborgenheit zu geben, die sie für eine normale Entwicklung gebraucht hätte.

Hinzu kommen fünf Geschwister, die ebenfalls Ansprüche an die Mutter geltend machen, so daß man annehmen kann, daß die Mutter - berücksichtigt man auch ihre Krankheit - mit dem Versorgen des Haushalts und der Erziehung der Kinder überfordert ist.

Im Rohrschach-Test bestätigt sich ihre Neigung zur Ängstlichkeit und ihre Schwierigkeiten im mitmenschlichen Kontakt. Der Wunsch nach verstärkter Liebe und Zuwendung kommt auch hier zum Ausdruck.

Im Test "Familie in Tieren" gibt sie folgendes Bild: Sie zeichnet ihre Mutter als kleine Schildkröte mit ganz dunkler Schraffierung. Intintiv fühlt sie wohl hier die depressive Art der Mutter, die sich von der Umwelt abschirmen möchte. Den Vater zeichnet sie als großen Delphin, ihn stellt sie auch in anderen Erzählungen in den Vordergrund. Direkt im Gefolge der Mutter zeichnet sie ihren älteren Bruder als Schwein, ihre jüngere Schwester als Schwan, statt Urgel schreibt sie Urzel, eine Nachlässigkeit, die man als gewisse Abwertung der Schwester denken könnte. Auf Befragen gibt sie zu, daß sie sich mit diesen beiden Geschwistern nicht gut versteht. Auch macht sie Andeutungen, daß die beiden sich mit der Mutter besser verständen als sie. Sie selbst zeichnet sich als Eichhörnchen, etwas abseits in die Nähe der kleineren Geschwister, mit denen sie sich besser versteht. Sie stellt sich in der Tierreihe nicht in den Mittelpunkt, malt sich aber durch leichte Schraffierung dunkler als die anderen Geschwister. Vielleicht ist es der Wunsch, innerhalb der Geschwisterreihe hervorzutreten und mehr Beachtung zu finden.

Im Scenotest kommen ebenfalls ihr Anlehnungs- und Schutzbedürfnis zum Ausdruck. Ein Kind in den Armen der Großmutter hat es am besten. Die Vaterfiguren legen schützend den Arm um die Mutterfiguren. Dabei erzählt sie, daß sie einmal längere Zeit allein bei der Großmutter weilte. Es habe ihr sehr gefallen, sie habe sich dort ausgesprochen wohl gefühlt. In der Großmutter sieht sie die Mutterfigur, nach der sie sich sehnt, die Zeit hat und Liebe für sie empfindet.

Im Baumtest zeigt sich eine leichte Fixierung auf einer relativ infantilen Stufe.

In den CAT-Geschichten läßt K. ihre ganz auf Gehorsam abzielende Erziehung durchblicken. Kleine Aggressionsregungen werden von vornherein aus Angst vor der sicher folgenden Strafe unterdrückt.

Im Rosenzweig P-F-Test zeigt sich, daß K. dazu neigt, erlittene Frustrationen schwer zu nehmen. Sie nimmt die gegen sie gerichteten Anschuldigungen hin, ohne sich zu verteidigen. Die Bestrafung nimmt sie fast kritiklos entgegen, doch fühlt sie sich im Grunde ungerecht behandelt. Bei der Suche nach der Verantwortung allerdings schiebt sie diese stets auf andere. Es erhebt sich bei ihr der echte Wunsch, ihre Eltern für die erlittene Behandlung zu bestrafen. In den Düss-Fabeln erzählt sie beim schlechten Traum des Jungen nach sehr kurzer Überlegungszeit, daß er von einem Entführer mitgenommen wurde, der dann von den Eltern hohes Lösegeld verlangt. Hier kommt die ambivalente Einstellung zu ihren Eltern zum Vorschein: Einerseits erwünscht sie eine Bestrafung der Eltern, andererseits möchte sie ihren Eltern so wertvoll sein, daß diese ein großes finanzielles Opfer ohne weiteres für sie bringen.

Bei der Betrachtung des Verhaltens dieses Kindes sieht man, daß das Symptom Einnässen, mit dem sie zur Behandlung eingewiesen wurde, in vielen Dingen eine Reaktion auf K.s familiäre und soziale Situation darstellt. In diesem Symptom, zusammen mit anderen regressiven Tendenzen, haben sich die falschen Beziehungen zur Mutter und zu den Geschwistern und die - damit verbunden - erlittenen Frustrationen ihren Niederschlag gefunden. Das Kind versucht,durch einen Rückschritt auf frühere Entwicklungsstufen, die Aufmerksamkeit auf sich zu lenken. Auf krankhafte Weise versucht das Kind, die ihmfehlende Zuwendung und Wärme zu erlangen. Die überlastete Mutter vermag es nicht, ihren Kindern dies zu vermitteln. Sicherlich ist der Grund dafür zum großen Teil in ihrer eigenen Krankheit zu suchen. Das Kind wird von der Mutter nicht in der normalen Entwicklung unterstützt, es fühlt sich abseits, vernachlässigt, fast ein wenig verstoßen. Das Kind wird nicht liebevoll, sondern streng erzogen. Aggressive Tendenzen, die, falls sie nicht gewisse Grenzen überschreiten, beim Kinde normal und nicht krankhaft anzusehen sind, werden bei ihr im Keim erstickt. Ungehorsam unterläßt sie aus Angst vor der Strafe. Ihre Entwicklung nimmt dagegen den Weg zur Ängstlichkeit, Unsicherheit, Passivität und Verschlossenheit. Es fehlt ihr eine echte Beziehung zu ihren Eltern, zu ihren Geschwistern und zu ihrer Umwelt. Der Wunsch ist zwar da, doch fehlt ihr die Fähigkeit zum mitmenschlichen Kontakt, um freundschaftliche Beziehungen anzuknüpfen.

2. Fall 2: Ein 18-jähriger Junge mit schizophrener Mutter.

Der Junge B. wurde zweimal vorgestellt. Zum 1. Mal kam er mit 11 Jahren für zwei Monate wegen einer Enuresis

in stationäre Behandlung, beim 2. Mal wurde er zu einem Gutachten bestellt, als er 18 Jahre alt war.

B. ist 3. nachgeborenes Kind. Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung waren bis auf die Sauberkeitsentwicklung ganz normal. Bis zum Alter von 10 Jahren näßte er tagsüber mehrmals ein, zur Zeit des stationären Aufenthaltes bestand noch eine hartnäckige Enuresis nocturna. Als B. 4 Jahre alt war, erkrankte seine Mutter an einer paranoiden Schizophrenie, die mehrmals behandelt wurde. Sie heilte nicht aus, die Mutter litt ständig unter wahnhaften Ideen und machte objektiv den Eindruck einer stark gestörten Persönlichkeit.

Die Ehe der Eltern war reich an Spannungen. Es kam zu ständigen Streitereien, auch der Junge wurde in die Auseinandersetzungen einbezogen und häufig vom Vater geschlagen. Als B. 10 Jahre alt war, wurde die Ehe seiner Eltern geschieden. Zunächst kam er zu seinem Vater, litt aber ständig unter der Trennung von der Mutter, die er sehr liebte.

Bei der stationären Aufnahme im Alter von 11 Jahren fand sich ein normal entwickelter Junge, neurologisch und urologisch konnte man keinen Hinweis auf die Ursache der hartnäckigen Enuresis finden, so daß man annehmen konnte, daß es sich um eine psychisch bedingte Krankheit handelte.

In den projektiven Untersuchungstests ergab sich eine ambivalente Beziehung zu beiden Elternteilen.

Er richtet massive Aggressionen gegen den Vater, vor dem er wegen seiner Brutalität große Angst hat, andererseits besteht der Wunsch nach einem verständnisvollen Vater. Diese seinem Vorstellungsbild entspre-

chende Vaterfigur sieht er in seinem ältesten Bruder, der nicht mehr im Haushalt lebt.

Seine Mutter liebt er. Es besteht jedoch auch hier unbewußt eine Fülle unbefriedigter, vorwiegend oraler Bedürfnisse. Von früher Kindheit müssen dem Kind die notwendige Zuwendung und Liebe gefehlt haben. Aus Explorationen und Erzählungen war zu erfahren, daß das Wesen der Mutter, die objektiv erhebliche psychische Defekte zeigt, dem Jungen in keiner Weise krankhaft gestört erscheint. Nach seiner Meinung ist sie die einzige, die ihm die Wärme und Geborgenheit vermitteln kann, die er braucht. Es kommt sogar so weit, daß der Junge aus dem Jugendheim fortläuft zur Mutter, aus Angst, wieder in den Haushalt des Vaters zurückkehren zu müssen.

Während des zweimonatigen Aufenthaltes war B.s Verhalten rätselhaft. Er war aufmerksam, freundlich, lebhaft und interessiert. Er spielte viel und phantasievoll. Er fand jedoch nie einen guten, echten Kontakt zu seinen Betreuern und zu den anderen Kindern. Zu einer echten Kommunikation schien er nicht fähig, man wußte nie, was er eigentlich dachte. Hinter einer freundlichen Fassade schien er in einer anderen, ihm eigenen Welt zu leben. Man konnte dieses Verhalten fast autistisch bezeichnen.

Die Vermutung liegt nahe, daß sich dieses seltsame Verhalten als Reaktion auf die Folgen des krankhaften mütterlichen Einflusses entwickelt hat, betrachtet man vor allem die ungewöhnliche Liebe und starke Abhängigkeit des Kindes von seiner Mutter.

Aus dem Gutachten 7 Jahre später geht hervor, daß die Mutter ständig störend auf die Entwicklung ihres Kin-

des eingewirkt hat. Wegen ihrer Krankheit wurde sie entmündigt, B. selbst wurde in ein Kinderheim gegeben. Die Mutter entführte ihn immer wieder und versteckte ihn zum Teil für längere Zeit. Nach dem Ende der Schulpflicht begann er mehrere Lehren. In den Lehrstellen wurde sein Wesen als freundlich, auch hilfsbereit empfunden. Doch ging er unregelmäßig zur Arbeit, brach dreimal seine Lehrstelle grundlos ab und begann eine neue. Seine Mutter, bei der er nach Beendigung der Schulzeit die meiste Zeit wohnte, zog zwischendurch mit ihm das das Land und war ganz ihren paranoiden Ideen verfallen. B., der sie immer noch liebte, machte ihre Streifzüge kritiklos mit. Er empfand ihr Wesen inzwischen etwas sonderbar, an eine Krankheit dachte er jedoch nicht. Mit 15 Jahren geriet er unter den Einfluß eines Freundes, der ihn zu mehreren Diebstählen verleitete. Auch hier macht er mit, ohne sich Gedanken über die Tragweite seiner Taten zu machen. Anschließend empfand er Reue und meinte auch, davon ablassen zu können. Da ihm aber auch hier die echte Einsicht fehlte, erscheint die Prognose ungünstig.

B., der während des stationären Klinikaufenthaltes mit 11 Jahren als ein sensibler, ängstlicher Junge geschildert wurde, hat im Laufe seiner Entwicklung keine richtige Festigung erfahren. Er ist zwar intelligent, affektiv ansprechbar, zeigt aber in seinem Verhalten Labilität, Haltlosigkeit, Kritiklosigkeit und mangelnde soziale Anpassung. In der testpsychologischen Untersuchung wurde dieser Eindruck bestätigt.

Zwei Komponenten waren für B.'s psychische Entwicklung schon von Kindheit an entscheidend: Den Vater hat

er immer als brutal und überstreng erlebt, an dessen Bild erinnert er sich nur mit Angst zurück. An der Mutter hing er mit echter kindlicher Liebe. Sie hatte zwar großen Einfluß auf ihn, doch war sie durch ihre Krankheit selbst psychisch gestört, war in ihrer eigenen Persönlichkeit unsicher und zeigte selbst keine Zeichen sozialer Anpassung. Sie war unfähig, dem Kind Halt und Schutz zu vermitteln, sondern verunsicherte ihr Kind umso mehr, je öfter sie störend und unsinnig in sein Leben eingriff. Durch ihre verkehrten, wahnhaften Ideen, durch ihre Entführungen und weiten Fußmärsche mit dem Jungen gab sie ihm keine Grundlage zur Stärkung seiner Persönlichkeit. Ihm wurde ein unnatürliches, "verrücktes" Leben vorgelebt seit früher Kindheit. Die Mutter hatte den Jungen sicherlich geliebt, der Junge fühlte sich bei ihr wohl, geborgen. Das beweisen seine wiederholten Fluchten nach Hause zur Mutter. Die schizophren erkrankte Mutter, die sich ihrer Abnormität nicht bewußt war, zieht den sensiblen, ich-schwachen Jungen in ihre Wahnideen hinein. Er hat keinen "normalen" Maßstab mehr, sein Beispiel ist die abnorme Mutter, die er verehrt. Subjektiv fühlt er sich wohl, doch objektiv entwickelt er sich durch den ständigen Einfluß der erkrankten Mutter zu einer gestörten Persönlichkeit. Durch das Verhalten seines Vaters hatte er in ihm ebensowenig eine Persönlichkeit und Autorität, an der er sein Leben hätte aufbauen können. So sind seine Verhaltensweisen im wesentlichen als Reaktion auf diese beiden ungünstigen Komponenten zu sehen: die kranke Mutter und der brutale Vater. Seine sensiblen Charakterzüge konnten diese beiden ungünstigen Einflüsse nicht verarbeiten. Bis zum Pubertätsalter reagierte er darauf vorwiegend mit einer Enuresis,

einer Neurose, die ihren Ausdruck noch im Unbewußten, rein Vegetativen findet. In den Entwicklungsjahren wurde er zu einer neurotischen Persönlichkeit. Seinem Verhalten mangelt zusehends die soziale Anpassung, er versagt beruflich und moralisch durch seine Affektlabilität und Haltlosigkeit, wobei ihm die subjektive Einsicht seiner Schwächen und Fehler völlig fehlt.

Trotz der ähnlichen Symptome, die beide geschilderten Fälle zeigen, ergibt sich ein wesentlicher Unterschied bei der näheren Betrachtung.

K's Mutter ist depressiv. Sie leidet sehr unter ihrer Krankheit, alles wird ihr zuviel. Sie ist überlastet. Zur Erziehung verhält sie sich im wesentlichen passiv, aus Unvermögen - z.T. bedingt durch ihre Depressionszustände - versäumt sie es, dem Kinde die ausreichende Wärme zu geben.

B's Mutter leidet unter einer Schizophrenie. Ihre Gedankengänge sind abwegig, abnorm, was sie selbst jedoch nicht so empfindet. Sie greift aktiv, störend in die Entwicklung ihres Kindes ein, das - vor allem aus der kindlichen Liebe zu seiner Mutter - keinen Abstand von ihr gewinnt und sich nicht genügend von ihr distanziert.

D I S K U S S I O N

Untersucht wurden Kinder, die wegen schon bestehender Verhaltensauffälligkeiten in die Behandlung der Abteilung für Jugendpsychiatrie und -neurologie der Tübinger Nervenklinik kamen. Ein Elternteil hatte eine Psychose durchgemacht, entweder eine Schizophrenie oder Depression.

Da nur psychisch auffällige Kinder zur Untersuchung gelangten, stehen sie unter einem besonderen Auslese-prinzip. Es werden nur kranke Kinder psychotischer Väter oder Mütter untersucht und miteinander verglichen. Somit kann nichts über eventuelle gesunde Entwicklungen von Kindern aus den gleichen Familien gesagt werden.

BIERMANN, der alle Kinder von schizophrenen Elternteilen auf deren psychische Auffälligkeiten untersuchte, kam zu dem Ergebnis, daß sich 67% der Kinder fehlentwickelten. Deren Auffälligkeiten unterschieden sich jedoch gradmäßig noch erheblich voneinander. BESKOW fand in seiner Arbeit, daß 50 - 55% der Kinder psychotischer Eltern geistig geschädigt waren.

Die Anamnese der kranken Kinder ergab, daß die Krankheit der Eltern schwerwiegend war, die meisten der erkrankten schizophrenen Väter oder Mütter hatten häufige Rezidive und waren defekt geheilt. Die an Depressionen leidenden Elternteile wiesen weiterhin eine unüberwindbare depressiv-resignierende Grundstimmung auf.

BIERMANN unterschied in seiner Arbeit zwischen 6 Krankheitsgraden der Schizophrenie und fand, daß die für ihn charakteristischen Verhaltensauffälligkeiten der

Kinder aus schizophrenem Familienmilieu zahlenmäßig häufiger bei schwerer Erkrankten auftraten. Dies mag auch für diese Arbeit richtig sein, wenn man bedenkt, daß die Kinder erst in ärztliche Hände gelangen, wenn die S ymptome einen gewissen Schweregrad erreichen. In der Einleitung wurde schon auf das charakteristische Familienmilieu von Schizophreniepatienten hingewiesen, daß bedingt auch für depressiv Erkrankte gelten mag. Bei der Untersuchung der Kinder stellte sich immer wieder heraus, daß das Kind mit verschiedenen Arten der Fehlentwicklung auf dieses Milieu reagierte, mit dem es - noch ungeschützt und ungefestigt - nicht fertig wird. Fast ausschließlich konnten sich die Reaktionen als Abwehrhaltung gegenüber dem Kranken und der von ihm verbreiteten Atmosphäre erklären. Ein Einbeziehen des Kindes in die Wahnwelt des Kranken als "Folie à deux", wie sie BERGIER unter anderem beschrieb, konnte nicht beobachtet werden. Lediglich in einem Fall empfand ein 11-jähriges Kind die abstrusen mütterlichen Ideen, mit denen es täglich konfrontiert wurde, noch nicht als abnorm, sondern nahm sie hin und erzählte davon als von normalen Dingen. Im Mittelpunkt, als unspezifische Reaktion auf die verkehrte Umwelt, stehen Angst; Regressionstendenzen, um unbewußt die Aufmerksamkeit der Eltern auf das Kind zu lenken, das sich zurückgesetzt und vernachlässigt fühlt; Aggressionen, die - ebenso unbewußt - als Ausgleich auf das erdrückende Milieu einen fehlgesteuerten Ausweg suchen; und soziale Anpassungsschwierigkeiten als Ausdruck der mangelnden Erziehung, des Fehlens normaler familiärer Kommunikationsformen und des Verlustes einer in Geborgenheit verlebten Kindheit, der die Festigkeit und der Halt zur eigenen Persönlichkeitsentwicklung gefehlt hat. Dieses

letzte Symptom mag besonders auf die Schwierigkeiten hinweisen, mit denen die Jugendlichen, diesem Milieu entwachsen, zu kämpfen haben.

BIERMANN stellte in seiner Arbeit dagegen Frühsymptome, Ängste, psychomotorische Unruhe, psychosomatische Reaktionen und Fortlaufen als charakteristische Merkmale dieser Kinder heraus. Neben Frühsymptomen, die, wahrscheinlich mangels ungenauer Anamnese, hier nicht zu erfassen waren, fanden sich alle diese Symptome auch bei den hiesigen Untersuchungen. Auch hier konnten sie als unspezifische Reaktionen auf das elterliche Milieu gedeutet werden. Jedoch verschieben sich hier die Schwerpunkte. Regressionstendenzen, Aggressionen und Anpassungsschwierigkeiten gewinnen in dieser Untersuchung erheblich mehr Bedeutung, es sind dies die Symptome, mit denen sie psychisch auffällig werden, mit denen sie die Grenzen des normalen, sozial angepaßten Verhaltens erreichen und die sie zum Arzt führen lassen.

Das für diese Kinder charakteristische Milieu, in dem Kranke mit extremer Kontaktstörung und mangelnder sozialer Anpassung leben und prägenden Einfluß auf Heranwachsende nehmen, erschwert diesen Kindern durch eine Störung der Kommunikation und der normalen Denkweise, wie es bei Schizophrenen und Depressiven vorliegt, eine normale Entwicklung, eine Anpassung in das soziale Gefüge. Die Kinder erfahren zwar die Abnormität ihrer Mütter und Väter, reagieren auf sie ablehnend und heftig, können aber mangels besseren Wissens nur mit Fehlentwicklungen und eigenem abnormen Verhalten antworten. Eine echte Verarbeitung der Eindrücke kann nicht stattfinden. Hier mag ein Keim für die Entwicklung einer späteren Neurose liegen.

Z U S A M M E N F A S S U N G

In der vorliegenden Arbeit wurden die Krankengeschichten solcher Kinder untersucht, von denen ein Elternteil schizophren oder depressiv erkrankt war. Bei der Untersuchung sollte herausgefunden werden, ob die Symtome, mit denen die Kinder zur ärztlichen Beratung und Behandlung kamen, im Zusammenhang mit der elterlichen Erkrankung standen, und zwar im Sinne einer krankhaften Reaktion auf das durch die elterliche Erkrankung geprägte Familienmilieu.

Von den 52 erfaßten Kindern schieden 20 Kinder bei der näheren Untersuchung aus, da sie getrennt vom erkrankten Elternteil lebten. Die Ergebnisse bei der Auswertung der übrig gebliebenen 32 Krankengeschichten waren folgende:

Die Erkrankung der Eltern war in allen Fällen schwereren Grades. Der gesunde Ehepartner konnte in keinem Fall - aus verschiedenen Gründen - innerhalb der Familie eine ausgleichende Funktion übernehmen, die das innere familiäre Gefüge stabilisiert hätte. So lebten die Kinder in einem gestörten Familienmilieu; diese Störung ließ sich vor allem auf die Folgen der psychischen Erkrankung des Elternteils zurückführen.

Die Zahl der Kinder mit erkrankter Mutter überwog. (23 Fälle im Gegensatz zu 9 Fällen mit erkranktem Vater.) Diese Kinder erkrankten schwerer. Ein wesentlicher Unterschied in der Erkrankung des Kindes mit schizophren oder depressiv erkranktem Elternteil bestand nicht.

Die Art, wie die Kinder auf das gestörte Familienmilieu reagierten, war verschiedenartig. Erst bei näherer Kenntnis der häuslichen Situation und durch umfangreiche testpsychologische Untersuchungen konnte festgestellt werden, daß das persönliche Verhältnis des Kindes zum

erkrankten Elternteil erheblich gestört war. Das Kind wurde durch die langwierige schwere elterliche Erkrankung verunsichert, verlor den echten kindlichen Kontakt zur Mutter oder zum Vater, es entbehrte der familiären Geborgenheit. Die ursächliche Folge waren krankhafte Reaktionen verschiedenster Ausprägung, wie z.B. Ängste, Psychosomatische Reaktionen (vor allem Enuresis), Aggressions- und Regressionstendenzen.

Zur Veranschaulichung wurden zwei typische Einzelfälle herausgegriffen und beschrieben.

L I T E R A T U R V E R Z E I C H N I S

1 ALANEN, Y.O.: Über die Familienbeziehung der Schizophreniepatienten. Acta psychotherapeutica 8, 89-104 (1960)

2 ANTHONY, J. : A Clinical Evaluation of Children with Psychotic Parents. Amer.J. Psychiat. 126, 177-184 (1969)

3 ASPERGER, H.: Autistisches Verhalten im Kindesalter. In: W. Villinger: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bd. II 53-67 Bern, Stuttgart: Huber 1960

4 BENDER, L. : Genesis in Schizophrenia During Childhood. Acta paedopsychiatrica 25, 101-107 (1958)

5 BERGIER, J. : Contribution à l'étude des folies à deux. Z.f. Kinderpsychiatrie 21, 97-119 (1954)

6 BESKOW, B. : Psychic Trauma in Children of Insane Parents. Nordisk Medicin 53, 233-235 (1955)

7 BLEULER, E. : Lehrbuch der Psychiatrie. 11.Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 1969

8 BIERMANN, G.: Die seelische Entwicklung des Kindes im Familienmileu Schizophrener. Schweizer Archiv für Neurologie, Neurochirugie und Psychiatrie 97, Heft 1 87-132, Heft 2 329-360 (1966)

9 BROCK, H. : Untersuchungen über die Entwicklung der Kinder nervenkranker Mütter. Acta paedopsychiatrica 29, 116-123 (1962)

10 CORBOZ, J.R.: Reaktive Störungen bei Kindern schizophrener Eltern. II. Intern.Kongr. f. Psychiat. Zürich 1957, Kongr.Ber. Bd III, 457-462, Zürich: Orell Füssli 1959

11 COWIE, V. : The Incidence of Neurosis in the Children of Psychotics.
Acta psychiat. scand. 37,37-87 (1961)

12 ELSÄSSER, G. Die Nachkommen geisteskranker Elternpaare.
Stuttgart: Thieme 1952

13 ERIKSON, E.H.: Wachstum und Krisen der gesunden Persönlichkeit.
Stuttgart: Klett 1953

14 FÖRSTER, E. : Der Einfluß des Lebensalters auf den Verlauf kindlicher Neurosen.
Z.f. Kinderpsychiatrie 22, 117-132 (1955)

15 GRÄSER, L. : Familie in Tieren.
München, Basel: Ernst Reinhardt 1957

16 HARNACK, G.A. von: Wesen und soziale Bedingtheit frühkindlicher Verhaltensstörungen.
Basel, New York: Karger 1953

17 HILTMANN, H. : Kompendium der psychodiagnostischen Tests.
2.Aufl., Bern, Stuttgart:Huber 1966

18 JUST, G. : Vererbung und Erziehung.
Berlin: Springer 1930

19 KAHN, E. : Schizoid und Schizophrenie im Erbgang.
Berlin: Springer 1923

20 KISKER, K.P. : Schizophrenie und Familie.
Nervenarzt 33, 13-21 (1962)

21 LEMPP, R. : Eine Pathologie der psychischen Entwicklung.
Bern, Stuttgart: Huber 1967

22 LIDZ, TH., CORNELISON, A., FERRY, D., FLECK, S.: Irrationalität als Familientradition.
Psyche 13, 315-329 (1959/60)

23 LUTZ, J. : Kinderpsychiatrie.
2.Aufl., Zürich, Stuttgart: Rotapfel 1964

24 MEINERTZ, F. : Kinder paranoider Eltern.
Beitrag zum Problem der Induktion bei kindlichen Verhaltensstörungen.
In: W. Villinger: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bd. II, 77-86,
Bern, Stuttgart: Huber 1960

25 MOSSE, H.L. : Der Mißbrauch der Schizophreniediagnose im Kindesalter.
In: W. Villinger: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete. Bd. II, 68-76
Bern, Stuttgart: Huber 1960

26 REMPLEIN, H. : Die seelische Entwicklung des Menschen im Kindes- und Jugendalter.
7. Aufl., München, Basel:
Rheinhardt 1958

27 SPITZ, R.A. : Die Entstehung der ersten Objektbeziehungen.
2.Aufl., Stuttgart: Klett 1960

28 SUNIER, A. and MEIJERS, N.A.:
The Influence of a Chronical Psychosis of one Parent upon the Development of the Child.
Folia psychiatrica neerl. 54,
323-330 (1951)

29 WYNNE, L.C. and SINGER, M.T.:
Denkstörung und Familienbeziehung bei Schizophrenen.
Psyche 19, 81-160 (1965)

30 ZURING, J. : Kinder schizophrener Eltern.
Z.f. Kinderpsychiatrie 5, 165-174
(1948)

Besonderen Dank schulde ich Herrn Professor Dr. Lempp
für die verständnisvolle Betreuung dieser Arbeit.

Lebenslauf

Am 7. Mai 1944 wurde ich, Christel Veit geb. Melcop, als viertes Kind des Arztes Dr. Martin Melcop und seiner Ehefrau Ida, geb. Vieth, in Kleve geboren. Mein Vater kam kurz nach meiner Geburt bei einem Bombenangriff um. Meine Mutter starb im Jahre 1959.

Ab 1950 besuchte ich vier Jahre lang die Volksschule, darauf neun Jahre das Städtische Mädchengymnasium in Kleve. An diesem bestand ich im März 1963 die Reifeprüfung.

Im anschließenden Sommersemester begann ich mein Studium an der Universität Tübingen, zunächst ein Semester französische und englische Philologie. Ab Wintersemester 1963/64 wechselte ich zur Medizin. Am 24. Juli 1969 bestand ich dort das Medizinische Staatsexamen.

Seit April 1966 bin ich verheiratet mit Wolfgang Veit. Ich habe einen dreijährigen und einen einjährigen Sohn.